

HOSPITAL MILITAR CENTRAL		FORMATO: INFORME MENSUAL DE SUPERVISIÓN Y/O TRAMITE A PAGO						CÓDIGO: GA-GECO-MN-01-FT-05						
		UNIDAD: COMPRAS, LICITACIONES Y BIENES ACTIVOS						FECHA DE EMISIÓN: 19-05-2024						
		MANUAL: CONTRATACION						VERSIÓN: 10						
		PROCESO: GESTIÓN DE ADQUISICIONES												
		SISTEMA DE GESTION INTEGRADO SGI						PAGINA 1 DE 2						
Fecha:	OCTUBRE-2025	INFORME DE SUPERVISOR	X		TRAMITE PARA PAGO			MES DE PRESTACION DE SERVICIO Y/O MES DE INFORME	OCTUBRE-2025					
No. de Contrato:	232/2025				VALOR	\$		80.000.000						
N° de Proceso en el SECOP II /Tienda virtual	SA-031-2025-HOMIL													
Objeto	MANTENIMIENTO PREVENTIVO Y CORRECTIVO INCLUYENDO REPARACIÓN GENERAL, TAPIZADO, PINTURA, CAMBIO DE PARTES, ESPUMADO E INSUMOS NECESARIOS PARA LA REPARACIÓN DEL MOBILIARIO DE LAS DIFERENTES ÁREAS DEL HOSPITAL MILITAR CENTRAL.													
Nombre de Contratista	DIVIDISEÑOS S.A.S.				NIT/ CC	900.902.920-7								
Clase de Contrato	PRESTACION DE SERVICIOS				Modalidad de Contratación	SELECCIÓN DE MINIMA CUANTIA								
Cuenta Bancaria No.	108900192585		Banco:	DAVIVIENDA		Tipo de Cuenta:	Ahorros		X	Corriente				
Garantía Cumplimiento (Si aplica):	21-44-101481253		Aseguradora (Si aplica):	SEGUROS DEL ESTADO		Fecha de aprobación de la Garantía (Si aplica):	7/10/2025							
VIGENCIA	INFORMACIÓN PRESUPUESTAL													
	Certificado de Disponibilidad Presupuestal (CDP) No.	FECHA	DINAMICA No.	FECHA	Registro Presupuestal (RP) No.	FECHA CRP	No. FACTURA y/o MES DE PRESTACION DEL SERVICIO	FECHA FACTURA	ENTRADA ALMACÉN Y/O SOPORTE INGRESO	ALMACEN AL QUE INGRESA	VALOR OBLIGACIÓN			
VIGENCIA AÑO: 2025	164925	30/04/2025	3360	8/10/2025	333425	8/10/2025								
VALOR AUTORIZADO PARA PAGO										\$		-		
VALOR AUTORIZADO A PAGO EN LETRAS:														
VIGENCIA	VR. CONTRATO (A)		VR. ADICION (B)			REDUCCIONES y/o LIBERACIONES(C)			VR. EJECUTADO (D)		SALDO CONTRATO (A+B-C-D)			
VIGENCIA AÑO : 2025	\$ 80.000.000,00								\$ -		\$ 80.000.000,00			
TOTAL CONTRATO	\$ 80.000.000,00		\$ -			\$ -			\$ -		\$ 80.000.000,00			
Nombre del Supervisor PD. OMAR SANCHEZ BELTRAN														
Fecha de notificación: 3/09/2024														
Plazo de ejecución		FECHA DE INICIO				FECHA DE TERMINACION								
		8/10/2025				10/12/2025								
Vigencia del Contrato:		Igual al plazo de ejecución y seis (6) meses más.												
Prorrogas:		En tiempo												
		1-												
		2-												
		3-												
NOTA 1: Verifico pago de parafiscales EPS y Pensión _____ y riesgos profesionales _____ Planilla N° _____ correspondiente al mes de _____ en mi condición de supervisor del contrato, certifico que el/la contratista efectuó los aportes al sistema de seguridad social de del mes de (_____); así mismo certifico que el/la contratista presento el informe de actividades o la relación de bienes y servicios contratados, el cual es parte integral del presente dando cumplimiento a lo contenido en el objeto y las obligaciones del mismo. DOY POR RECIBIDO A SATISFACCION														
NOTA 2: Recuerde en el anexo relacionar de manera detallada el valor de los mantenimientos y el valor de los bienes que sean requeridos durante las actividades.														
NOTA 3 : Para el suministro de repuestos debe diligenciar de manera detallada el cuadro reacionado a continuacion:														
REPUESTO	EQUIPO AL QUE SE INSTALA EL REPUESTO	MARCA	NÚMERO DE SERIE DEL EQUIPO	PLACA DEL EQUIPO	NÚMERO DE ENTRADA AL ALMACEN	FECHA DE INGRESO	NÚMERO DE PARTE (SI APLICA)	ESTADO (instalado / existencia y almacén)	CANTIDAD	NÚMERO DE REPORTE DE INSTALACIÓN	FECHA DE INSTALACIÓN	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	OBSERVACIONES
NOTA 4: En las casillas debe registrarse el equipo el cual debe corresponder al contrato del que se está haciendo la supervisión														
DESCRIPCION DEL EQUIPO	SERIE	PLACA	AREA DONDE SE ENCUENTRA INSTALADO			No. DE MANTENIMIENTO REQUERIDO AL AÑO			FECHA DE MANTENIMIENTO		FECHA DE ENTRADA DEL EQUIPO	FECHA DE SALIDA DEL EQUIPO	OBSERVACIONES	
OBSERVACIONES: NO SE PRESENTO MOVIMIENTO DE FACTURACION DURANTE ESTE PERIODO.														

NOTA 5: En lo que respecta a las personas naturales cuyo valor del pago mensual sea superior a los \$ 6.500.000 se deberá anexar el siguiente cuadro.

INFORMACIÓN GENERAL									
Entidad	N° Planilla	Fecha de pago	SALUD		PENSIÓN		RIESGOS PROFESIONALES		
			Entidad	Valor	Entidad	Valor	Entidad	Valor	
FORMATO	INFORME DE SUPERVISIÓN PARA TRÁMITES A PAGO					CODIGO:		VERSIÓN	10
						Página:		2 DE 2	
NOMBRES Y APELLIDOS DEL SUPERVISOR:			PD. OMAR SANCHEZ BELTRAN 						
NÚMERO DE CEDULA:		79457913							
CELULAR :	3164941907				CORREO:		osanchez@homil.gov.co		
DOCUMENTOS SOPORTES VERIFICADOS Y ANEXOS AL INFORME:									
DOCUMENTOS					SI	N° FOLIOS			
Informe de Actividades con sus soportes									
Acta de supervisión y/o Factura									
Pago de Seguridad Social									